



紐澤西銀行和保險部

同意委託其他方對「利用管理」(UM) 決定提出申訴以及授權在 UM 申訴和請求 獨立仲裁中公佈醫療記錄

對「利用管理」決定的申訴

「利用管理」(UM) 決定，只要該業者確定您的健康福利計畫涵蓋的某項服務或治療在醫學上沒有必要。這被稱作 UM 申訴。您同樣有權讓一名醫師、一家醫院或其他醫療保健提供者代您進行 UM 申訴。

若您參與了紐澤西發佈的某項健康福利計畫，則有三個申訴階段。第 1 階段：業者使用一名醫療保健專業人員評審您的案例，此人與第一次評審您案例的人員不同。第 2 階段：業者使用一個評審小組評審您的案例，其中包括在您這類案例中訓練有素的醫療專業人員。第 3 階段：您的案例將透過紐澤西銀行和保險部 (DOBI) 的獨立醫療保健申訴計畫進行評審，該程序使用了一個獨立利用評審組織 (IURO)，該組織與在您這類案例中有實踐經驗的醫療專業人員簽有合約。在每個階段提交申訴之前，醫療保健提供者需要設法給您寄一封信，告訴您打算提交一份申訴。

在第 3 階段，醫療保健提供者將與 DOBI、IURO 及 IURO 的簽約醫療專業人員分享您的個人和醫療資訊。法律要求每個人對您的資訊保密。DOBI 必須報告有關 IURO 決定的資料，但是在這些報告中不會包括個人資訊。

您有權隨時取消（撤銷）您的同意。您同意出於對 UM 決定提出申訴之目的進行委託和公佈資訊，該同意將在您簽署同意書之日起的 24 個月後結束。

請求之獨立仲裁

您的醫療保健提供者有權透過 DOBI 向獨立請求仲裁流程提出特定主張。為對請求進行仲裁，醫療保健提供者可能會與 DOBI、仲裁機構和仲裁專業人員分享您的部分個人和醫療資訊。每個人都需要對您的資訊保密。DOBI 報告有關仲裁結果的資料，但是報告中將不會包括個人資訊。您同意公佈資訊用於仲裁流程，該同意將在您簽署本同意書之日起的 24 個月後結束。

同意委託其他方進行 UM 申訴以及授權在 UM 申訴和請求仲裁中公佈資訊

本人，，打記號 （或是 ）然後簽名，同意如下：

根據 N.J.S.A. 26:2S-11 的允許，委託 對不利的 UM 決定提出申訴，並向 DOBI、其獨立醫療保健申訴計畫的簽約者以及評審該申訴的獨立簽約者公佈個人健康資訊。我同意進行委託並授權公佈資訊，該同意將在 24 個月後到期，但我可以提前撤銷這兩項同意。

向 DOBI、其獨立請求仲裁計畫的簽約者，以及執行該仲裁流程所需的任何獨立簽約者公佈個人健康資訊。出於請求仲裁之目的公佈資訊的授權將在 24 個月後到期。

簽名：_____ 保險號碼：_____ 日期：_____

與病員的關係： 我是病員本人 我是個人代表（請在背面提供聯絡資訊）

* 若病員未成年或者由於精神或身體缺陷而無法閱讀和填寫此表格，則病員的一名個人代表可填寫該表格。

醫療保健提供者：在第 1 頁填寫完成、已簽名並註明日期後，病員或其個人代表必須收到一份兩面/頁均完整的副本



紐澤西銀行和保險部

同意委託其他方對「利用管理」決定提出申訴和授權公佈醫療記錄之撤銷通知

您可以隨時撤銷允許一名醫療保健提供者代表您對 UM 決定提出申訴以及允許向 DOBI、IURO 和與 IURO 簽約的醫療專業人員公佈您的醫療記錄的同意。您可以使用此表格撤銷您的同意，或者若您願意，您可以提交一些其他的書面證明，以表明您想撤銷同意的打算。無論使用哪種方式，若您尚未收到來自業者的第 2 階段 UM 決定，請將已簽名的書面撤銷通知寄給業者，其地址在業者向您提供的有關業者最初 UM 決定的書面通知中已指明。若您已收到第 2 階段的 UM 決定，您應該將撤銷通知寄至：

New Jersey Department of Banking and Insurance

Consumer Protection Services

Office of Managed Care – Attn:IHCAP

P.O. Box 329

Trenton, NJ 08625-0329

或透過快遞服務寄至：20 West State Street 或傳真至：(609) 633-0807

您可能還希望將一份撤銷通知的副本寄給醫療保健提供者。

僅在您希望撤銷同意時填寫並寄出此通知！

在 UM 決定申訴中委託他方和公佈醫療記錄之同意撤銷通知

- 我特此撤銷委託 對不利 UM 決定進行申訴之同意以及為此目的而公佈醫療資訊的授權。我瞭解一旦撤銷同意，我的醫療保健提供者將不會進一步跟進 UM 申訴。我瞭解此撤銷發生時，我的個人和醫療資訊可能已經與 DOBI、IURO 及 IURO 的簽約醫療專業人員分享，但根據我的授權，在此事件中不會有進一步的記錄分發，而且所有各方都需要對我的所有醫療和個人資訊保密。

簽名: _____ 保險號碼: _____ 日期: _____

與病員的關係: 我是病員本人 我是個人代表 (請在背面提供聯絡資訊)

個人代表的聯絡資訊

請提供以下聯絡資訊，若它不同於病員聯絡資訊:

正楷姓名: _____

地址: _____

電話: _____ 傳真: _____ 電子郵件: _____

醫療保健提供者：在第 1 頁填寫完成、已簽名並註明日期後，病員或其個人代表必須收到一份兩面/頁均完整的副本